



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é minha Proposta de Adesão (Proposta) aos contratos de plano de assistência à saúde e de plano de assistência odontológica, coletivos por adesão, celebrados entre a CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE LTDA, CNPJ 17.670.901/0001-93 e na ANS 41.896-0 (a “Administradora”) e, doravante “Operadora”, a AMEPLAN ASSISTÊNCIA PLANEJADA LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 67.839.969/0001-21 e na ANS sob nº 39.473-4, e destinados à população que mantenha vínculo com a minha «Entidade», que é a Pessoa Jurídica indicada página 1 desta Proposta.

2. Tipo de Contratação: O Tipo de contratação é de natureza coletivo por adesão, consubstanciada na cobertura assistencial à saúde de beneficiários titulares com vínculo profissional, classista ou setorial com conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão, os sindicatos, as centrais e as respectivas federações e confederações, as associações profissionais legalmente constituídas.

3. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

A segmentação assistencial dos planos de saúde previstos neste contrato é de natureza ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, cuja cobertura assistencial à saúde será prestada através de serviços próprios e credenciados, conforme relação constante no Manual de Orientação do Beneficiário.

4. Área Geográfica de Abrangência dos Planos de Saúde

A área de abrangência geográfica dos planos de saúde regulados por este contrato constitui-se por municípios e grupos de municípios do Estado de São Paulo, a seguir:

Municípios de São Paulo, Caieiras, Diadema, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Suzano.

5. O benefício terá início de sua utilização na data indicada no campo “Início de Vigência” da Proposta de Adesão e após a quitação do 1º boleto bancário.

6. A aceitação de minha Proposta depende da comprovação de meu vínculo com a Entidade e nos casos de empresas EPP (pequeno porte), microempreendedor individual (MEI), ou ainda, uma empresa normal, a depender do seu faturamento, a comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao vendedor, no ato da assinatura desta para a conferência, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, o custo de implantação me será devolvido pelo vendedor que a recebeu.

7. O Contrato poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a); filhos e/ou dependentes legalmente equiparados a filhos, solteiros, de até 21 (vinte e um) anos completos de idade; A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato Coletivo por Adesão.

8. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s).

9. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento da mensalidade. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulados na Carência Contratual presente na Cláusula 6. do Contrato Coletivo por Adesão da Operadora, representada no quadro a seguir.



Fale com a gente



Av. Angélica, 321 | 13º andar | São Paulo | SP
11 2124 1888 / 0800 771 4799 | 11 94502 4905



corporeadministradora.com.br
Corpore Administradora de Benefícios



corporeadministradora
@Corpore_Adm

ITEM	PRAZO	COBERTURAS
G0 Urgências e Emergências	24 (vinte e quatro) horas	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C incisos I e II, da Lei nº 9.656/98;
G1 Exames Simples	30 (trinta) dias	a) consultas médicas eletivas; b) exames realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, fezes, urina, radiologia simples (não contratada) e eletrocardiografia.
G2 Exames Especiais	90 (noventa) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) teste ergométrico, holter e ultrassonografias; c) eletroencefalograma; d) exames de citologia oncótica (papanicolau) colposcopia, e vulvosscopia; e) peniscopia.
G3 Exames Complexos	120 (cento e vinte) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análise clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica; d) endoscopia diagnóstica e cirúrgica (em todas as especialidades); e) provas de função pulmonar, líquido; f) exames angiográficos de Doppler, fluxometria e investigação vascular ultrassônica, ecocardiografia; g) eletroneuromiografia; h) densimetria óssea; i) exames radiológicos contrastados; j) fisioterapia; k) sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição; l) exames e testes oftalmológicos, alergológicos e otorrinolaringológicos.
G4 Exames Complexos	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos; b) internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de alta complexidade, conforme definido no Rol de Procedimentos de cobertura Obrigatória da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, exceto os relacionados a DPLE (Doenças e Lesões Preexistentes); c) Diálise e Hemodiálise; d) Hemoterapia; e) procedimentos relacionados a planejamento familiar.
G5 Parto	300 (trezentos) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência a saúde.

10. Devo solicitar e informar expressamente à **Administradora** toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão.

11. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), utilizar as coberturas por meio dos prestadores próprios ou credenciados da **Operadora**, respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos, conforme definidas com a **Entidade**. Estou ciente de que poderei utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas exclusivamente em casos de urgência ou emergência comprovada e conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão.

12. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no «Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde» da **ANS**, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da **ANS**.

13. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) saiba(mos) ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na «Declaração de Saúde» que acompanha esta Proposta. Havendo na «Declaração de Saúde» a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela **Operadora** a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência individual, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionado(s) à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). Caso haja necessidade, a entrevista qualificada será solicitada pela Operadora.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

14. A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta de Adesão, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acréscimo e mora de 1% ao mês (0,033 ao dia) sobre o valor do débito em atraso.

No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática das coberturas, cuja utilização somente será restabelecida em até 72 horas, a partir da quitação do (s) valor (es) pendentes (s) e devida compensação bancária, acrescido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 20 desta Proposta.

15. Assim que eu assumir a condição de **beneficiário** titular, ficam outorgados à **Administradora** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), perante a **Operadora** e/ou a outros órgãos, em especial a **ANS**, no cumprimento e/ou nas alterações destas coberturas, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

16. Reajuste (Conforme Cláusula 13ª do Contrato Coletivo por Adesão), independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais e contratuais na data de Aniversário do Contrato entre Entidade, Administradora e a Operadora a ocorrer sempre no mês OUTUBRO de cada ano, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) reajuste financeiro; b) por índice de sinistralidade; c) por mudança de faixa etária; d) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

17. Reajuste por Mudança de faixa etária (Cláusula 12.3 do Contrato Coletivo por Adesão), a variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite, o reajuste somente será aplicado no mês subsequente, de acordo com os valores então vigentes, conforme faixas etárias e percentuais a saber: **00 a 18 anos: 0,00%, 19 a 23 anos: 0,00%, 24 a 28 anos: 60,00%, 29 a 33 anos: 0,00%, 34 a 38 anos: 20,00%, 39 a 43 anos: 0,00%, 44 a 48 anos: 39,00%, 49 a 53 anos: 0,00%, 54 a 58 anos: 41,40% e 59 anos ou +: 48,08%.**

18. Os contratos coletivos firmados entre a **Administradora** e as **Operadoras**, contratos que passarei a integrar, vigorarão pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, podendo ser renovados, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela **Administradora** ou pelas **Operadoras**. Em caso de rescisão desses contratos coletivos, a **Administradora** me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

19. A perda da qualidade de Beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: - Titular a) rescisão deste Contrato; b) cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante; a não comprovação a cada ano quando solicitado pela sua operadora e/ou administradora de benefícios (através de e-mail, correspondência, ou qualquer outro meio legal existente), que permanece inscrito no órgão competente e que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal, com aviso de 60 dias de antecedência e neste prazo não comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes; c) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; d) solicitação expressa do Beneficiário Titular à Contratante (que deverá ser processado de imediato, conforme RN 412), ou qualquer outra condição de perda da condição de elegibilidade prevista neste contrato; e) exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; f) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; g) falecimento do titular.

20. Os benefícios poderão ser cancelados: a) por minha solicitação expressa, como **beneficiário** titular, à **Administradora**; b) automaticamente, por falta de pagamento de 1(um) valor mensal por prazo superior a 30 (trinta) dias, com a minha consequente exclusão e a de meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), ressalta-se que o referido cancelamento não o exime do pagamento de débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA; c) pela perda da minha elegibilidade na **Entidade**; d) outros casos de cancelamentos previstos na regulamentação.

21. No caso de cancelamento devolvarei imediatamente à **Administradora** o meu cartão de identificação e do(s) meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida das coberturas, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

22. O BENEFICIÁRIO afirma ter ciência que também será excluído do plano de saúde em casos de fraude, declaração de informações falsas, incompletas ou omissões, como também na hipótese de utilização indevida do cartão de identificação, ou seja, se vier a autorizar terceiros a utilizar do seu cartão de identificação para realização de quaisquer procedimentos, sem prejuízo da **ESTIPULANTE** e da **CONTRATADA**, adotarem as medidas judiciais cabíveis para se ressarcir dos danos sofridos.



Fale com a gente



Av. Angélica, 321 | 13º andar | São Paulo | SP
11 2124 1888 / 0800 771 4799 | 11 94502 4905



corporeadministradora.com.br
Corpore Administradora de Benefícios



corporeadministradora
@Corpore_Adm



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

23. Fica estabelecido que serão suspensos os serviços prestados aos Beneficiários da CONTRATANTE, caso haja atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento das mensalidades, ressalvados os atendimentos àqueles que estejam internados antes da suspensão.

24. A responsabilidade pela coberturas contratuais é da **AMEPLAN ASSISTÊNCIA PLANEJADA LTDA**, Operadora especializada em saúde, inscrita no CNPJ/MF sob nº 67.839.969/0001-21 - e na ANS sob o nº 39.473-4.

25. Devo encaminhar prontamente à **Administradora** e/ou à **Operadora**, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

26. Poderei desistir desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à **Administradora** no prazo máximo de 7(sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança do custo de implantação e do valor mensal, caso esse prazo não seja observado.

27. O beneficiário titular deverá preencher declaração de saúde, no momento da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente, informando o conhecimento de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998.

28. As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais e ciente de que:

a) Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos carências, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência. Nos casos em que o beneficiário, titular ou dependente, esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, o prazo restante deverá ser cumprido na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

b) Nos casos em que, no Plano para o qual tenha ocorrido a transferência, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do Plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para a aquisição do direito de utilização da parcela adicional de cobertura representada por esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.

29. Verifique as Exclusões de Cobertura na Cláusula 4, no Contrato Coletivo por Adesão.

30. Plano Odontológico **DENTALPAR MASTER I** – ANS 477.891/17-0, poderá ser incluído na contratação do plano de assistência médica, conforme a opção assinalada no item 4 I página 02, destinado ao beneficiário do Plano de Saúde Coletivo por Adesão **AMEPLAN ASSISTÊNCIA PLANEJADA LTDA**.

A assistência Odontológica será prestada pela empresa Dentalpar – Assistência Odontológica Empresarial S/C Ltda., CNPJ 02.156.150/0001-14, devidamente registrada na ANS 32.289-0. As carências para utilização deste Plano, a partir da data de vigência do Plano de Saúde, estão definidas a seguir:

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA

Tempo de participação na empresa congênere = TP	Carência Contratual	Redução de carência - Beneficiário					
		G0	G1	G2	G3	G4	G5
	TP = De 90 a 150 dias	24 h	30 dias	90 dias	120 dias	180 dias	300 dias
1 - CC	TP = De 151 a 180 dias	24 h	24 h	60 dias	90 dias	160 dias	300 dias
2 - CC	TP = De 181 a 210 dias	24 h	24 h	60 dias	90 dias	120 dias	300 dias
3 - CC	TP = acima de 210 dias	24 h	24 h	30 dias	60 dias	120 dias	300 dias
4 - CC	Compra de carência plano pré	24 h	24 h	30 dias	60 dias	90 dias	300 dias
5 - CC	regulamentado (Anterior a 1999)	24 h	24 h	60 dias	90 dias	120 dias	300 dias

Área de atuação: São Paulo, Caieiras, Diadema, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Suzano.

31. A Segunda via do boleto bancário e a cópia do Contrato Coletivo por Adesão poderá ser emitida no site, através do endereço **www.corporeadministradora.com.br**.



Av. Angélica, 321 | 13º andar | São Paulo | SP
11 2124 1888 / 0800 771 4799 | 11 94502 4905

corporeadministradora.com.br
Corpore Administradora de Benefícios

corporeadministradora
@Corpore_Adm